

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2019, том 10, № 1

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology

International Scientific Journal

2019 Volume 10 Number 1

Колосс Константина.
Частично сохранившаяся
гигантская портретная статуя
древнеримского императора
Константина Великого.
Мрамор. ок. 313-315 (или 330).
Автор неизвестен.



ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

psihea.recipe.by

2019, том 10, № 1

Беларусь

Учредители:

ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»,
УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован

Министерством информации
Республики Беларусь.
Свидетельство № 610 от 19.10.2010

Адрес редакции:

220049, ул. Кнорина, 17,
г. Минск, Республика Беларусь.
Тел.: (017) 322-16-59, 322-16-76,
322-16-77, 322-16-78
e-mail: psihea@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.

Заместитель главного редактора
Глушук В.А.

**Руководитель службы рекламы
и маркетинга** Коваль М.А.

Технический редактор Каулькин С.В.

Украина

Учредитель:

УП «Профессиональные издания»

Журнал зарегистрирован

Государственной регистрационной
службой Украины 5 октября 2011 г.
Свидетельство КВ № 18182-6982Р

Офис в Украине:

ООО «Профессиональные издания.
Украина»
04116, Киев, ул. Старокиевская, 10-г,
сектор «В», офис 201

Контакты:

тел.: +38 044 33-88-704, +38 067 102-73-64
e-mail: pi_info@ukr.net

Россия

Учредители:

ООО «Вилин»
При содействии ФГБУ «Федеральный
медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере
связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций.
Свидетельство
ПИ №ФС77-64063 от 18.12.2015 г.

Офис в России:

ООО «Вилин»
214006, Смоленск, пст Пасово
Тел./факс: +7 920 301 00 19
e-mail: office@recipe.by

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь) индивидуальный индекс 01078; ведомственный индекс 010782.

01078 – единый индекс в электронных каталогах «Газеты и журналы» на сайтах агентств: ООО «Информнаука», ЗАО «МК-Периодика»,
ГП «Пресса» (Украина), ГП «Пошта Молдовей» (Молдова), АО «Летувос папштас» (Литва), ООО «Подписное агентство PKS» (Латвия),
Фирма INDEX (Болгария), Kubon&Sagner (Германия)

Электронная версия журнала доступна на сайте psihea.recipe.by, в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе IPRbooks.

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакции в Минске и Киеве.

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.
Цена свободная.

Подписано в печать: 12.02.2019.

Тираж 700 экз. (Беларусь). Завод 1 - 300 экз.

Тираж 1 500 экз. (Украина). Завод 1 - 100 экз.

Тираж 3 500 экз. (Россия).

Заказ № 290.

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная

Отпечатано в типографии

ОДО «Дивимакс»

г. Минск, пр. Независимости, 58, корпус №17

Тел.: +375 (017) 233 92 06

Лиц. № 02330/53 от 03.04.2009 продлена 14.02.2014 №22 до 03.04.2019.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов издания возможно только с письменного разрешения редакции с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2019

© Оформление и дизайн УП «Профессиональные издания», 2019

Беларусь

Главный редактор
Евсегнеев Р.А.

Редакционный совет:

Айзберг О.Р. (Минск)
Александров А.А. (Минск)
Ассанович М.А. (Гродно)
Байкова И.А. (Минск)
Докукина Т.В. (Минск)
Доморацкий В.А. (Минск)
Карпюк В.А. (Гродно)
Кирпиченко А.А. (Витебск)
Копытов А.В. (Минск)
Королева Е.Г. (Гродно)
Ласый Е.В. (Минск)
Остянко Ю.И. (Минск)
Пятницкая И.В. (Минск)
Скугаревская Е.И. (Минск)
Скугаревская М.М. (Минск)
Скугаревский О.А. (Минск)
Старцев А.И. (Минск)

Украина

Главный редактор
Мишиев В.Д.

Научный редактор
Гриневич Е.Г.

Редакционный совет:

Барановская Л.М. (Киев)
Волошук А.Е. (Одесса)
Дзеружинская Н.А. (Киев)
Зильберблат Г.М. (Киев)
Зинченко Е.Н. (Киев)
Кожина А.М. (Харьков)
Линский И.В. (Харьков)
Марута Н.А. (Харьков)
Минко А.И. (Харьков)
Михайлов Б.В. (Харьков)
Овчаренко Н.А. (Северодонецк)
Пилигина Г.Я. (Киев)
Ревенок А.А. (Киев)
Сосин И.К. (Харьков)
Спирина И.Д. (Днепр)
Сыропятов О.Г. (Киев)
Шестопалова Л.Ф. (Харьков)
Юрьева Л.Н. (Днепр)

Россия

Главный редактор
Краснов В.Н.

Редакционный совет:

Александровский Ю.А. (Москва)
Бобров А.Е. (Москва)
Бохан Н.А. (Томск)
Вельтищев Д.Ю. (Москва)
Говорин Н.В. (Чита)
Григорьева Е.А. (Ярославль)
Егоров А.Ю. (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н. (Москва)
Калинин В.В. (Москва)
Кулыгина М.А. (Москва)
Морозов П.В. (Москва)
Мосолов С.Н. (Москва)
Незнанов Н.Г. (Санкт-Петербург)
Немцов А.В. (Москва)
Николаев А.Л. (Чебоксары)
Петрова Н.Н. (Санкт-Петербург)
Пивень Б.Н. (Барнаул)
Решетников М.М. (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С. (Москва)
Северный А.А. (Москва)
Холмогорова А.Б. (Москва)
Шамрей В.К. (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С. (Москва)

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Scopus, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Научные статьи, опубликованные в журнале, для украинских соискателей ученых степеней на основании приказа МОНмолодьспорта Украины от 17.10.2012 № 1112 приравняются к зарубежным публикациям.

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Научные публикации

Оригинальные исследования.

Влияние деструктивного интернет-контента на аутоагрессивное поведение подростков (по материалам психиатрического стационара)
Софронов А.Г., Абриталин Е.Ю., Добровольская А.Е., Пашковский В.Э., Медведева П.М., Ефимова Е.Ю. 13

Влияние родительско-детских отношений на формирование алкогольного аддиктивного поведения у подростков
Климович Е.А., Копытов А.В., Марудина К.В. 22

Особенности адаптации к учебному стрессу русскоязычных и иностранных студентов-медиков первого курса (результаты сравнительного транскультурального исследования)
Руженкова В.В., Руженков В.А. 31

Особенности детско-родительских отношений в семьях больных шизофренией матерей
Карницкая Л.А. 48

Оценка психометрических характеристик и минимально значимых клинических различий Браунской шкалы оценки убеждений (BABS – Brown Assessment of Beliefs Scale) при шизофрении
Асанович М.В., Асанович М.А. 61

Гендерная и региональная динамика суицидальной смертности в Украине в период военного конфликта
Юрьева Л.Н., Пилягина Г.Я., Юрьев А.Е. 69

Взаимосвязь между употреблением алкоголя и психическими расстройствами у участников антитеррористической операции
Линский И.В., Минко А.И., Бараненко А.В., Овчаренко Н.А., Гриневич Е.Г., Линева А.Н., Евтушенко Ю.А., Вербицкий Е.Ю., Самойлова Е.С., Лесная Н.Н., Гольцова С.В. 78

Гендерно обусловленные корреляты высокого суицидального риска у пациентов с деменциями различных типов
Мудренко И.Г., Потапов А.А., Сотников Д.Д. 87

Взаимосвязь между когнитивными нарушениями и кардиальной автономной нейропатией у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа
Степура Е.А., Жердѣва Н.Н., Маньковский Б.Н. 96

Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств

Антидепрессанты двойного действия: их особенности и области применения
Евсегнеев Р.А. 104

Психозомоциональные нарушения у подростков с первичной головной болью и их коррекция с помощью биорегулирования
Марченко В.Г., Степанченко К.А. 112

Клинико-психопатологические и патопсихологические прогностические факторы течения рекуррентных депрессивных расстройств
Марута Н.А., Федченко В.Ю. 120

Оценка эффективности действия препарата фенилпиратацетам (Энтроп) при лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза
Юрьева Л.Н., Дукельский А.А., Шустерман Т.И., Кокашинский В.А., Эйнер К.Н. 135

Обзоры. Лекции. Учебные материалы

Генетические аспекты этиопатогенеза расстройств аутистического спектра. Обзор литературы
Бизюкевич С.В., Карпюк В.А. 148

Судебно-психиатрическая оценка психических и поведенческих расстройств в уголовном процессе вследствие употребления алкоголя
Скугаревская Е.И., Остянко Ю.И., Дукорский В.В. 157

Изображение психических расстройств в литературном творчестве Л.Н. Андреева (1871–1919)
Безчасный К.В. 165

История психиатрии

Вклад ученых Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии в становление психиатрических школ Украины
Чудиновских А.Г., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Курасов Е.С. 173

УДК 616.8 – 009.17 – 085:615.214 – 036.8

Юрьева Л.Н., Дукельский А.А., Шустерман Т.И., Кокашинский В.А., Эйнер К.Н.
Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины, Днепр, Украина

Yuryeva L., Dukelsky A., Shusterman T., Kokashynskyi V., Jejner K.
Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of the Health of Ukraine, Dnipro, Ukraine

Оценка эффективности действия препарата фенилпирацетам (Энтроп) при лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза*

Evaluation of the Effectiveness of Action of the Preparation Phenylpiracetam (Entrop) in the Treatment of Patients with Asthenia of Organic and Neurotic Genesis

Резюме

В данной статье приводятся результаты исследования эффективности действия препарата фенилпирацетам (Энтроп) при лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза. В исследовании принимали участие 30 пациентов основной группы с астенией органического и невротического генеза, которым назначали препарат фенилпирацетам (Энтроп) в течение 30 дней в суточной дозировке 200 мг. Контрольная группа состояла из 20 пациентов с астенией органического и невротического генеза, которые принимали стандартное лечение. У пациентов обеих групп проведен анализ клинической картины и психодиагностическое обследование (1-й и 30-й день). При психодиагностическом обследовании (Глобальная оценка астении, Шкала астенического состояния, скрининг-тест «Суицидальное поведение», Mini-mental State Examination) получены достоверные данные о снижении уровня астении, ее компонентов и улучшении когнитивного функционирования при лечении препаратом фенилпирацетам (Энтроп), по сравнению с контрольной группой. Исследуемый препарат хорошо переносился пациентами и не вызывал клинически значимых побочных эффектов. Сделан вывод о возможности применения фенилпирацетама (Энтроп) в комплексном лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза.

Ключевые слова: астения, органический генез, невротический генез, лечение, фенилпирацетам (Энтроп), эффективность.

Abstract

This article presents the results of the study of the effectiveness of effect of the medication phenylpiracetam (Entrop) in the treatment of patients with asthenia of organic and neurotic genesis. The study involved 30 patients from main group with asthenia of organic and neurotic genesis, who received the medication phenylpiracetam (Entrop) for 30 days in a daily dose of 200 mg.

* На правах рекламы.

Control group consisted of 20 patients with asthenia of organic and neurotic genesis, who received standard treatment. Patients of both groups underwent the analysis of the clinical picture and the psychodiagnostic examination (1st and 30th day). At the psychodiagnostic examination (Global Assessment of Asthenia, Asthenic State Scale, Screening-test "Suicidal Behavior", Mini-mental State Examination), reliable data on the reduction of asthenia level and improvement of cognitive functioning in the treatment with phenylpiracetam (Entrop) in comparison with the control group were obtained. The investigated product was well tolerated by patients and did not cause clinically significant side effects. The conclusion about the possibility of using phenylpiracetam (Entrop) in complex treatment of patients with asthenia of organic and neurotic genesis was made.

Keywords: asthenia, organic genesis, neurotic genesis, treatment, phenylpiracetam (Entrop), effectiveness.

■ ВВЕДЕНИЕ

Астения (греч. *asthenia* – бессилие, слабость) – психопатологическое состояние, характеризующееся слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна [1]. Астения наблюдается у всех категорий населения, на долю связанных с астенией жалоб приходится более 60%. В популяции частота хронической формы астении, или синдрома хронической усталости, достигает 2,8%, на первичном приеме у врача общей практики – 3% [2].

Многоликость астенических проявлений определяется факторами, спровоцировавшими астенический синдром (инфекционные заболевания, соматические расстройства, стресс, физическая или психоэмоциональная нагрузка и т. п.), конституциональными особенностями, фоном сопутствующих заболеваний, типом реагирования нервной системы индивидуума. В клинической картине астенического синдрома, помимо усталости и отсутствия мотиваций, отмечаются снижение памяти, внимания, физической выносливости, аппетита, расстройства сексуальной сферы и обменно-эндокринные нарушения [3].

К клиническим формам относят первичную (функциональная, психогенная или «ядерная») и вторичную (органическая, соматогенная или симптоматическая) астении. Первичная астения возникает у исходно здоровых лиц при воздействии различных факторов, вызывающих срыв адаптационных механизмов, физическую и социальную дезадаптацию (интенсивная физическая и интеллектуальная нагрузка, смена часовых поясов и т. д.). При вторичной форме астения выступает как симптом других заболеваний (инфекционные, соматические, психические и др.). В структуре астенических состояний первичная (функциональная) астения встречается в среднем в 40–45% случаев, вторичная (органическая) – 55–60% [4, 5].

Основными задачами терапии астенического синдрома являются уменьшение степени астении и ассоциированных с ней симптомов (мотивационных, эмоциональных, когнитивных, алгических и вегетативных), увеличение уровня активности и улучшение качества жизни пациента [6].

Существенное место в лечении астении вне зависимости от этиологии занимает неспецифическая фармакотерапия. Она включает препараты, оказывающие антистрессовый и адаптогенный эффекты, имеющие антиоксидантное и ноотропное действия, а также улучшающие

энергетические процессы [7]. По этой причине особый интерес представляет изначально разработанный с целью повышения устойчивости и коррекции функциональных систем организма в условиях пилотируемых космических полетов разной продолжительности препарат фенилпирацетам (Энтроп). Разработка препарата в соответствии с критериями экстремальной медицины предопределила сочетание мощной фармакологической активности, широту клинико-терапевтических эффектов и высокий уровень безопасности [4, 8].

В ряду клинических эффектов препарата (психостимулирующий, нейропротекторный, антиоксидантный, противогипоксический, противотревожный, вегетостабилизирующий, активирующий когнитивные функции, повышающий физическую работоспособность) мощный антиастенический эффект занимает ведущее место. Показаниями к назначению препарата являются астенические состояния как невротического генеза, так и вследствие различной органической патологии (когнитивные нарушения сосудистого, посттравматического и другого генеза; атеросклероз сосудов головного мозга, паркинсонизм, патологические процессы с явлениями хронической недостаточности мозгового кровообращения, нарушениями памяти, внимания, речи; вирусная нейроинфекция, комплексная терапия деменций) [9].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение сравнительной оценки эффективности действия препарата фенилпирацетам (Энтроп) при лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза.

Задачи исследования:

- 1) провести курсовое лечение препаратом фенилпирацетам (Энтроп) пациентов с астенией органического и невротического генеза;
- 2) провести анализ клинической динамики в процессе терапии;
- 3) провести психодиагностическое обследование в динамике (1-й и 30-й день);
- 4) оценить эффективность действия препарата фенилпирацетам (Энтроп) при лечении пациентов с астенией органического и невротического генеза путем сравнения с контрольными группами.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 50 пациентов с астенией органического и невротического генеза, из них: 30 пациентов основной группы (органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 15 человек; неврастения (F48.0) – 15 человек), которым назначали препарат фенилпирацетам (Энтроп), и 20 пациентов контрольной группы (F06.6 – 10 человек; F48.0 – 10 человек), которые получали стандартное лечение (помимо ноотропов).

Критериями включения в исследование были:

- 1) установленный клинический диагноз «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» (F06.6) или «неврастения» (F48.0);
- 2) письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании;

- 3) возраст пациентов от 18 до 65 лет;
- 4) отсутствие тяжелой соматической и/или неврологической симптоматики на момент исследования;
- 5) отсутствие данных о наличии интоксикации (зависимости) в настоящее время или зависимости от психоактивных веществ в анамнезе;
- 6) отсутствие суицидального риска на момент включения в исследование.

Критерии исключения:

- 1) установленный какой-либо другой психиатрический диагноз в настоящее время;
- 2) нежелание пациента принимать участие в исследовании;
- 3) возраст менее 18 и более 65 лет;
- 4) наличие тяжелой соматической и/или неврологической симптоматики на момент исследования;
- 5) явления интоксикации / зависимость в настоящее время или зависимость от психоактивных веществ в анамнезе;
- 6) суицидальный риск на момент исследования;
- 7) беременность и кормление грудью.

Средний возраст участников исследования в основной группе составил $41,7 \pm 15,5$ года (F06.6 – $54,1 \pm 9,1$; F48.0 – $29,4 \pm 9,5$), в контрольной группе – $39,7 \pm 19,3$ года (F06.6 – $57,9 \pm 6,6$; F48.0 – $21,4 \pm 0,8$). Социально-демографическая характеристика пациентов обеих групп представлена в табл. 1.

Среди пациентов основной группы 12 (40%) находились на стационарном лечении в коммунальном учреждении «Днепропетровская психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», 18

Таблица 1
Социально-демографическая характеристика пациентов с астенией органического и невротического генеза (основная и контрольная группы)

Характеристика		Основная группа (n=30)				Контрольная группа (n=20)			
		F06.6 (n=15)		F48.0 (n=15)		F06.6 (n=10)		F48.0 (n=10)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пол	Мужской	3	20	4	27	3	30	2	20
	Женский	12	80	11	73	7	70	8	80
Профессиональная занятость	Студенты	–	–	7	47	–	–	10	100
	Работающие	9	60	5	33	2	20	–	–
	Временно не работающие	2	13	2	13	1	10	–	–
	Инвалид вследствие заболевания	1	7	–	–	1	10	–	–
	Пенсионер по возрасту	3	20	1	7	6	60	–	–
Образование	Среднее образование	6	40	4	27	6	60	–	–
	Незаконченное высшее	3	20	2	13	2	20	10	100
	Высшее	6	40	9	60	2	20	–	–
Семейное положение	Состояли в браке	7	47	6	40	6	60	–	–
	Были вдовами/вдовцами	2	13	–	–	2	20	–	–
	В разводе	6	40	1	7	2	20	–	–
	В браке никогда не состоял(а)	–	–	8	53	–	–	10	100

(60%) лиц проходили амбулаторное лечение в Медицинском центре государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». В контрольной группе на стационарном лечении находились 10 (50%) пациентов, на амбулаторном – 10 (50%).

Пациентам основной и контрольной групп до начала исследования проводилась оценка по соответствию пациентов критериям включения и отсутствию критериев исключения. Проводилось лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, реакция Вассермана, почечный комплекс (мочевина, остаточный азот, азот мочевины), печеночный комплекс (тимоловая проба, АЛТ, АСТ, билирубин), система свертывания (протромбиновый индекс, протромбиновое время). Для исключения тяжелой соматической и неврологической патологии выполнялось инструментальное исследование (ЭКГ, ЭЭГ).

Пациентам основной группы, у которых не было выявлено критериев исключения, начинали терапию препаратом фенилпирacetам (Энтроп) в суточной дозировке 200 мг (по 100 мг утром и 100 мг в обеденное время) на протяжении 30 дней. Особо обращалось внимание пациентов на время приема обеденной дозы (не позже 14:00) для предотвращения диссомнических расстройств. Пациенты основной группы принимали сопутствующее стандартное лечение согласно клиническому протоколу оказания медицинской помощи при данном расстройстве (помимо ноотропов), которое для пациентов контрольной группы являлось основным.

В 1-й день исследования у пациентов собирали жалобы и анамнестические сведения, оценивали психический, соматический и неврологический статусы. Также проводили психодиагностическое обследование с использованием следующих шкал:

- Глобальная оценка астении – тест-опросник для диагностики астении и ее компонентов.
- Шкала астенического состояния (ШАС) – тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния Л.Д. Малковой была адаптирована Т.Г. Чертовой на основе Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния.
- Скрининг-тест «Суицидальное поведение».
- MMSE (англ. Mini-mental State Examination) – короткий опросник из 30 пунктов, используемый для выявления (скрининга) возможных когнитивных нарушений, в частности деменции. MMSE также используют для оценки изменений, произошедших при развитии болезни либо под воздействием терапии.

Состояние пациентов оценивали в динамике: на 1-й день и 30-й день терапии. Регистрировали жалобы, выявляли психопатологические симптомы, проводили соматическое и неврологическое обследование. На протяжении исследования у пациентов выявляли и регистрировали побочные явления.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов вариационной статистики. Достоверность

различий между средними значениями определяли по критерию Манна – Уитни. Достоверность полученных результатов оценивали на уровне значимости не менее 95% ($p < 0,05$).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов основной группы с диагнозом F06.6 в начале лечения препаратом фенилпирацетам (Энтроп) в жалобах преобладали слабость, утомляемость, нарушения сна, тревога; с диагнозом F48.0 – утомляемость, слабость, раздражительность, трудности концентрации. На 30-й день лечения у пациентов с астенией органического генеза доминировали жалобы на утомляемость и слабость; у пациентов с астенией невротического генеза – раздражительность, утомляемость, тревога.

Среди пациентов контрольной группы (F06.6) в 1-й день лечения преобладали жалобы на нарушение сна, слабость и утомляемость; с диагнозом F48.0 – слабость, утомляемость, трудности концентрации. На 30-й день лечения у пациентов с астенией органического генеза доминировали жалобы на нарушения сна и слабость; с астенией невротического генеза – утомляемость, слабость и фиксация на своем болезненном состоянии (табл. 2).

Из анамнестических сведений известно, что причиной развития астении органического генеза у 80% пациентов основной группы послужила артериальная гипертензия, в 40% случаев – церебральный атеросклероз; у пациентов с астенией невротического генеза в 93% случаев – психоэмоциональное напряжение на работе/учебе, у 7% пациентов – смерть близкого. Среди пациентов с астенией органического генеза (контрольная группа) причиной астении была артериальная гипертензия – 90%, церебральный атеросклероз – 10%; в группе пациентов с астенией невротического генеза у всех пациентов причиной было психоэмоциональное напряжение на работе/учебе.

До начала лечения препаратом фенилпирацетам (Энтроп) в психическом статусе пациентов основной группы вне зависимости от генеза астении ведущими были эмоциональная лабильность, сниженное настроение, тревожность. После лечения у пациентов с астенией органического генеза преобладали эмоциональная лабильность и фиксация на своем болезненном состоянии, в то время как у пациентов с астенией невротического генеза доминировала эмоциональная лабильность, а фиксация на своем болезненном состоянии не зарегистрирована.

В контрольной группе (F06.6) в начале терапии преобладали фиксация на своем болезненном состоянии и эмоциональная лабильность; F48.0 – тревожность, эмоциональная лабильность, расстройства внимания. На 30-й день лечения у пациентов контрольной группы с астенией органического генеза ведущими были следующие симптомы: эмоциональная лабильность и фиксация на своем болезненном состоянии; у пациентов с астенией невротического генеза – фиксация на своем болезненном состоянии, тревожность и расстройства внимания (табл. 3).

Состояние пациентов основной и контрольной групп оценивалось в динамике при помощи опросника «Глобальная оценка астении» (1-й день, 30-й день лечения). Среди пациентов основной группы как с астенией органического генеза, так и невротического в 1-й день лечения

Таблица 2

Распределение жалоб пациентов с астенией органического и невротического генеза основной и контрольной групп (до и после лечения)

Жалобы		Основная группа (n=30)				Контрольная группа (n=20)			
		F06.6 (n=15)		F48.0 (n=15)		F06.6 (n=10)		F48.0 (n=10)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Слабость	1-й день	13	87	14	93	7	70	9	90
	30-й день	3	20	–	–	6	60	6	60
Утомляемость	1-й день	11	73	15	100	7	70	8	80
	30-й день	3	20	3	20	4	40	10	100
Психическая утомляемость	1-й день	10	67	15	100	7	70	8	80
	30-й день	1	7	2	13	4	40	8	80
Физическая утомляемость	1-й день	10	67	12	80	6	60	6	60
	30-й день	1	7	–	–	4	40	3	30
Нарушения сна	1-й день	8	53	11	73	8	80	5	50
	30-й день	–	–	1	7	8	80	2	20
Тревога	1-й день	8	53	8	53	6	60	6	60
	30-й день	1	7	3	20	4	40	6	60
Трудности концентрации	1-й день	6	40	12	80	3	30	7	70
	30-й день	–	–	1	7	2	20	5	50
Раздражительность	1-й день	5	33	13	87	6	60	5	50
	30-й день	1	7	4	27	2	20	3	30
Головная боль	1-й день	5	33	9	60	5	50	3	30
	30-й день	1	7	2	13	4	40	–	–
Сниженное настроение	1-й день	3	20	10	67	3	30	4	40
	30-й день	1	7	–	–	1	10	3	30
Головокружения	1-й день	3	20	1	7	2	20	–	–
	30-й день	–	–	1	7	1	10	–	–
Ухудшение памяти	1-й день	3	20	12	80	1	10	4	40
	30-й день	–	–	2	13	–	–	3	30
Потеря чувства радости, наслаждения	1-й день	3	20	4	27	2	20	4	40
	30-й день	–	–	–	–	2	20	5	50
Страх смерти	1-й день	2	13	–	–	–	–	–	–
	30-й день	–	–	–	–	–	–	–	–
Страх сойти с ума	1-й день	–	–	1	7	–	–	–	–
	30-й день	–	–	–	–	–	–	–	–
Мышечная боль	1-й день	–	–	1	7	–	–	1	10
	30-й день	–	–	–	–	–	–	–	–
Неспособность расслабиться	1-й день	–	–	9	60	–	–	3	30
	30-й день	–	–	–	–	–	–	3	30
Диспепсия	1-й день	–	–	2	13	–	–	2	20
	30-й день	–	–	1	7	–	–	–	–
Подавленность	1-й день	–	–	6	40	–	–	6	60
	30-й день	–	–	–	–	–	–	3	30

Таблица 3

Изменения в психическом статусе пациентов с астенией органического и невротического генеза основной и контрольной групп (до и после лечения)

Показатели		Основная группа (n=30)				Контрольная группа (n=20)			
		F06.6 (n=15)		F48.0 (n=15)		F06.6 (n=10)		F48.0 (n=10)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эмоциональная лабильность	1-й день	11	73	13	87	8	80	5	50
	30-й день	4	27	4	27	7	70	4	40
Сниженное настроение	1-й день	9	60	13	87	6	60	4	40
	30-й день	–	–	–	–	3	30	3	30
Тревожность	1-й день	8	53	9	60	5	50	8	80
	30-й день	–	–	1	7	2	20	6	60
Расстройства внимания	1-й день	6	40	9	60	3	30	5	50
	30-й день	–	–	1	7	1	10	5	50
Фиксация на своем болезненном состоянии	1-й день	6	40	7	47	9	90	5	50
	30-й день	1	7	–	–	6	60	8	80
Плаксивость	1-й день	1	7	2	13	3	30	5	50
	30-й день	–	–	1	7	4	40	2	20
Ангедония	1-й день	–	–	6	40	–	–	5	50
	30-й день	–	–	–	–	–	–	2	20
Гиперестезия	1-й день	–	–	5	33	–	–	3	30
	30-й день	–	–	–	–	–	–	–	–
Суетливость	1-й день	–	–	1	7	–	–	1	10
	30-й день	–	–	–	–	–	–	–	–

преобладала умеренная астения (60% и 73% соответственно), на 30-й день – отсутствие астении (47% и 53% соответственно).

В контрольной группе в 1-й и 30-й день терапии у пациентов с диагнозом F06.6 преобладала умеренная степень астении (60%), у пациентов с диагнозом F48.0 – легкая астения (80%) (табл. 4).

Среди компонентов астении у пациентов основной группы вне зависимости от генеза астении преобладал ее интеллектуальный компонент как в 1-й, так и 30-й день лечения препаратом фенилпирацетам (Энтроп). Значение всех компонентов астении у пациентов основной группы (F06.6 и F48.0) было достоверно ниже на 30-й день лечения, по сравнению с началом терапии ($p<0,05$).

У пациентов контрольной группы (F06.6) в начале лечения более выраженным был физический компонент, а на 30-й день – интеллектуальный; у пациентов с диагнозом F48.0 на 1-й и 30-й день лечения преобладал психологический компонент астении.

Средний балл астении на 30-й день лечения по данным опросника «Глобальная оценка астении» у пациентов с астенией органического генеза (основная группа) был достоверно ниже, чем в контрольной ($p<0,05$); достоверной разницы между пациентами с астенией невротического генеза (основная и контрольная группы) выявлено не было. Средний балл астении у пациентов с астенией органического генеза (основная группа) и невротического генеза (основная группа) на момент

Таблица 4

Степени астении у пациентов с астенией органического и невротического генеза основной и контрольной групп по данным опросника «Глобальная оценка астении» (до и после лечения)

Показатели		Основная группа (n=30)				Контрольная группа (n=20)			
		F06.6 (n=15)		F48.0 (n=15)		F06.6 (n=10)		F48.0 (n=10)	
		Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл
Отсутствует	1-й день	–	–	–	–	–	–	–	–
	30-й день	7 (47)	14,7±8,9	8 (53)	18,3±7,0	–	–	–	–
Легкая	1-й день	4 (20)	46,5±9,9	4 (27)	46,5±6,5	2 (20)	49±7,9	8 (80)	44,4±7,6
	30-й день	5 (33)	46,6±13,8	7 (47)	38,7±6,8	3 (30)	46,3±12,9	8 (80)	39,5±5,1
Умеренная	1-й день	8 (60)	80,3±13,4	11 (73)	81,5±8,2	6 (60)	79,3±9,1	2 (20)	84,5±19,1
	30-й день	3 (20)	82,7±25,4	–	–	6 (60)	73,3±5,5	2 (20)	78,5±7,8
Тяжелая	1-й день	3 (20)	130,7±10,7	–	–	2 (20)	124,5±5,3	–	–
	30-й день	–	–	–	–	1 (10)	123	–	–

окончания лечения препаратом фенилпирацетам (Энтроп) был достоверно ниже, чем на 1-й день лечения ($p<0,05$). У пациентов контрольной группы вне зависимости от генеза астении достоверные различия не выявлены (рис. 1).

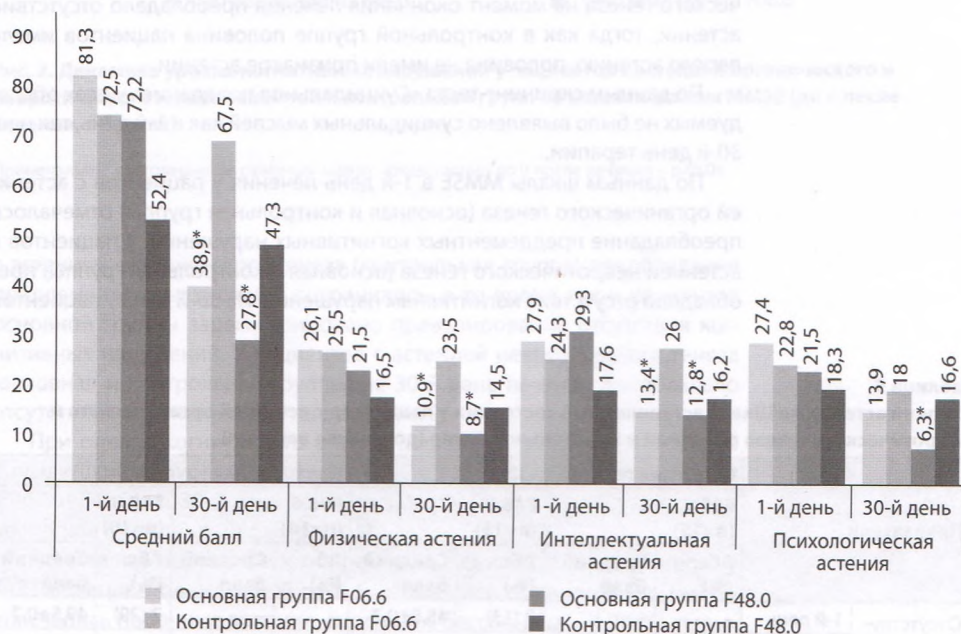


Рис. 1. Динамика степени выраженности астении и ее компонентов по опроснику «Глобальная оценка астении» у пациентов основной и контрольной групп с астенией органического и невротического генеза (до и после лечения, в баллах)

Примечание: * достоверность различий между показателями до и после лечения – $p<0,05$.

По данным ШАС в 1-й день лечения средний балл астении у пациентов основной группы с астенией органического генеза составил $69,6 \pm 14,2$ балла, с астенией невротического генеза – $67,1 \pm 14,6$ балла. На 30-й день у пациентов основной группы с диагнозом F06.6 средний балл астении составил $46,3 \pm 13,7$ балла, с диагнозом F48.0 – $41,7 \pm 5,2$ балла. На момент окончания терапии средний балл астении у пациентов основной группы вне зависимости от генеза астении был достоверно ниже, по сравнению с 1-м днем приема препарата фенилпирацетам ($p < 0,05$).

На момент начала терапии в контрольной группе (F06.6) средний балл астении был $75,0 \pm 14,4$, у пациентов с диагнозом F48.0 – $57,3 \pm 9,4$ балла. На 30-й день средний балл астении составил $71,5 \pm 17,6$ балла у пациентов с астенией органического генеза, у пациентов с астенией невротического генеза – $53,8 \pm 10,0$ балла. Распределение степеней астении в начале лечения и на момент его окончания представлено в табл. 5.

По данным ШАС (1-й день терапии) у пациентов с астенией органического генеза как в основной группе, так и в контрольной преобладала астения легкой степени. Аналогичная тенденция наблюдалась и у пациентов с астенией невротического генеза (основная и контрольная группы).

На 30-й день у пациентов основной группы (F06.6) превалировало отсутствие астении, тогда как в контрольной группе сохранялась астения легкой степени. У пациентов основной группы с астенией невротического генеза на момент окончания лечения преобладало отсутствие астении, тогда как в контрольной группе половина пациентов имела легкую астению, половина не имели признаков астении.

По данным скрининг-теста «Суицидальное поведение» у всех обследуемых не было выявлено суицидальных мыслей как в 1-й день, так и на 30-й день терапии.

По данным шкалы MMSE в 1-й день лечения у пациентов с астенией органического генеза (основная и контрольная группы) отмечалось преобладание преддементных когнитивных нарушений; у пациентов с астенией невротического генеза (основная и контрольная группы) преобладало отсутствие когнитивных нарушений. На 30-й день у пациентов

Таблица 5
Степени астении по Шкале астенического состояния у пациентов с астенией органического и невротического генеза основной и контрольной групп (до и после лечения)

Показатели		Основная группа (n=30)				Контрольная группа (n=20)			
		F06.6 (n=15)		F48.0 (n=15)		F06.6 (n=10)		F48.0 (n=10)	
		Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл	Абс. (%)	Средний балл
Отсутствует	1-й день	–	–	2 (13)	$45,5 \pm 0,7$	–	–	2 (20)	$49,5 \pm 0,7$
	30-й день	10 (67)	$35,3 \pm 4,7$	14 (93)	$40,6 \pm 3,2$	1 (10)	24,0	5 (50)	$46,4 \pm 2,1$
Легкая	1-й день	8 (53)	$59,0 \pm 9,5$	9 (60)	$63,4 \pm 6,5$	6 (60)	$68,7 \pm 8,5$	7 (70)	$56,7 \pm 6,9$
	30-й день	4 (27)	$57,0 \pm 10,7$	1 (7)	57	7 (70)	$56,5 \pm 2,1$	5 (50)	$61,2 \pm 9,2$
Умеренная	1-й день	7 (47)	$81,7 \pm 6,6$	4 (27)	$96 \pm 7,2$	4 (40)	$90,5 \pm 4,9$	1 (10)	77
	30-й день	1 (6)	79,0	–	–	2 (20)	$86,5 \pm 4,9$	–	–

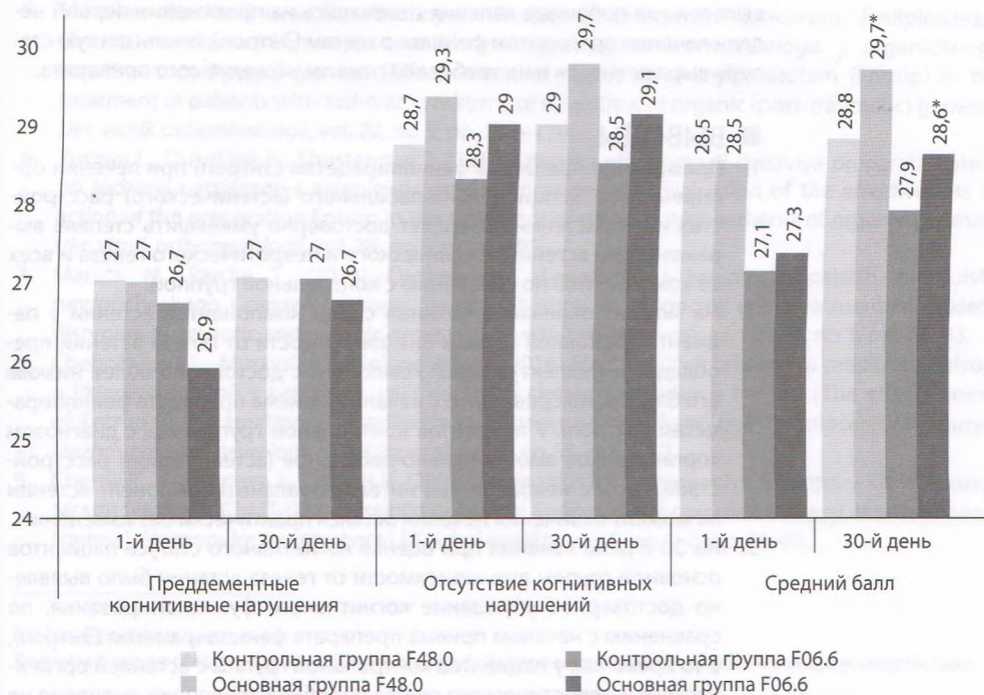


Рис. 2. Динамика уровня когнитивных нарушений у пациентов с астенией органического и невротического генеза основной и контрольной групп по данным шкалы MMSE (до и после лечения, в баллах)

Примечание: * достоверность различий между показателями до и после лечения – $p < 0,05$.

с астенией органического генеза (контрольная группа) преобладание преддементных нарушений сохранилось, в то время как у пациентов основной группы зарегистрировано превалирование отсутствия когнитивных нарушений. У пациентов с астенией невротического генеза (основная и контрольная группы) на 30-й день лечения преобладало отсутствие когнитивных нарушений (рис. 2).

При оценке когнитивного статуса пациентов выявлен достоверно больший средний балл по шкале MMSE у пациентов основной группы (F06.6 и F48.0) на 30-й день лечения, по сравнению с началом приема препарата фенилпирацетам ($p < 0,05$).

При оценке переносимости препарата фенилпирацетам (Энтроп) у 5 (33%) пациентов основной группы с астенией органического генеза отмечались побочные явления, среди них: бессонница – 4 (80%), повышение цифр АД – 2 (40%), гиперемия лица – 1 (20%), боль в эпигастрии – 1 (20%), головная боль – 1 (20%). У пациентов основной группы с астенией невротического генеза 7 (47%) человек отмечали следующие побочные явления: бессонница – 3 (43%), головная боль – 2 (29%), потливость – 1 (14%), повышение АД – 1 (14%), гиперемия лица – 1 (14%). Все

выявленные побочные явления отмечались на протяжении первой недели лечения препаратом фенилпирацетам (Энтроп), имели легкую степень выраженности и не требовали отмены исследуемого препарата.

■ ВЫВОДЫ

1. Применение препарата фенилпирацетам (Энтроп) при лечении органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства и неврастении позволяет достоверно уменьшить степень выраженности астении органического и невротического генеза и всех ее компонентов по сравнению с контрольной группой.
2. На момент окончания лечения среди компонентов астении у пациентов основной группы вне зависимости от генеза астении преобладал интеллектуальный компонент с достоверно более низким его баллом, по сравнению с началом приема препарата фенилпирацетам (Энтроп). У пациентов контрольной группы как с диагнозом «органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство», так и с неврастенией интеллектуальный компонент астении на момент окончания лечения остался практически без изменений.
3. На 30-й день лечения при оценке когнитивного статуса пациентов основной группы вне зависимости от генеза астении было выявлено достоверное улучшение когнитивного функционирования, по сравнению с началом приема препарата фенилпирацетам (Энтроп), в то время как у пациентов контрольной группы с астенией органического и невротического генеза подобной тенденции выявлено не было.
4. При использовании препарата фенилпирацетам (Энтроп) в суточной дозировке 200 мг отмечена его хорошая переносимость с отсутствием выраженных побочных явлений.
5. Препарат фенилпирацетам (Энтроп) может быть применен в комплексной терапии органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства и неврастении.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Dyukova G. (2012) Astenicheskii sindrom: problemi diagnostiki i terapii [Asthenic syndrome: problems of diagnosis and therapy]. *EF. Nevrologiya i psihiatriya*, no 1, pp. 16–22.
2. Deale A., Chalder T., Marks I. (1997) Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Am. J Psychiatry*, vol. 154, no 3, pp. 408–414.
3. Sergienko A., Simonyan V., Evtushenko S. (2010) Astenicheskii sindrom u bol'nykh s posledstviyami razlichnoi nevrologicheskoi patologii i vozmozhnosti ego korrektsii [Asthenic syndrome in patients with the consequences of various neurological diseases and the possibility of its correction]. *Mezhdunarodnii nevrologicheskii zhurnal*, vol. 4, no 34, pp. 104–109.
4. Mamchur V., Oprishko V., Kravchenko K. (2009) Osobennosti farmakologii nootropov pri kognitivnom defitsite na fone povyshennoi sudorozhnoi gotovnosti mozga [Features of pharmacology of nootropics with cognitive deficit against the background of increased convulsive readiness of the brain]. *Aktual'nie voprosy psihonevrologii*, pp. 169–174.

5. Mihailov B., Kudinova O., Korshnyak O. (2014) Efektyvnist' preparatu fenilpiracetam (Entrop) v likuvanni hvoryh astenichnym syndromom nevrotichnogo j organichnogo (posttravmatychnogo) g'enezu [Effectiveness of the drug phenylpyrazetam (Entrop) in the treatment of patients with asthenic syndrome of neurotic and organic (post-traumatic) genesis]. *Ukr. visnik psihonevrologii*, vol. 22, no 3, pp. 164–170.
6. Yur'eva L., Dukel'skii A., Shusterman T. (2018) Otsenka effektivnosti deistviya preparata Entrop pri lechenii patsientov s asteniei organicheskogo geneza [Evaluation of the effectiveness of action of the preparation Entrop in the treatment of patients with asthenia of organic genesis]. *Ukr. visnik psihonevrologii*, vol. 26, no 3, pp. 90–95.
7. Maruta N., Pan'ko T. (2013) Osobennosti diagnostiki i terapii trevozhnih rasstroistv nevroticheskogo i organicheskogo geneza [Features of diagnosis and treatment of anxiety disorders of neurotic and organic genesis]. *Ukr. visnik psihonevrologii*, vol. 21, no 1, pp. 75–83.
8. Chebotar'ova L., Muravs'kii A., Solonovich O. (2016) Efektivnist' vikoristannya preparatu Entrop u likuvanni astenii v patsientiv, yaki perenesli cherepno-mozkovu travmu [The effectiveness of Entrop in the treatment of asthenia in patients who suffered from craniocerebral injury]. *Mezhdunarodnii nevrologicheskii zhurnal*, vol. 7, no 85, pp. 7–12.
9. Chernii T., Andronova I., Chernii V. (2009) Vozmozhnosti primeneniya Entropa v kompleksnoi terapii tyazhelei ChMT [The possibility of using Entrop in the complex therapy of severe head trauma]. *Nejronauky: teoretychni ta klinichni aspekty*, vol. 5, no 1–2, pp. 76–81.

Поступила/Received: 15.01.2019

Контакты/Contacts: 604@dsma.dp.ua, daleks@rambler.ru, finiks2@gmail.com, viltord.koka@ukr.net, xeniya.einer@gmail.com